県障福Ｈ2721特３(2)－１全

第三号（特定の者対象）　**【基本研修（講義・演習）、知識獲得確認テスト、実地研修】**全課程

第2回　　　　　　　　　　　　　**研修受講申込書**平成　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | 施設・事業所名 | |  |
| 代表者名 | |  | | | |
| 施設・事業所住所 | | 〒． | | | |
| 報告責任者名 | |  | | 電話：　　　　　　　　　Fax: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講生氏名  (生年月日)西暦 | | | １ | | | ２ | | | ３ | | |
|  | | |  | | |  | | |
| 実地研修協力利用者氏名 | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
|  | 利用者の医行為 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 喀痰吸引 | Ａ 口腔内 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｂ 鼻腔内 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｃ 気管カニューレ内部 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 経管栄養 | Ｄ 胃ろう・腸ろう | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ｅ 経鼻経管栄養 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指導講師  （看護師等） | | 氏　名 |  | | |  | | |  | | |
| 所　属 |  | | |  | | |  | | |
|  | | 自社職員等講師 |  | | |  | | |  | | |
| 他社依頼講師 |  | | |  | | |  | | |
| 備　考 | | |  | | |  | | |  | | |  |

受講生氏名（氏名・生年月日は、住民票と同じであること）　　　　　　　　　　　／

　※　受講生数が多い場合は、この申し込み用紙をコピーして○／○と枚数を記してください。

氏名は、住民票に則って記載して下さい。

ＮＰＯ法人　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会